

# 令和6年度 入会申込書

( 新規 / 継続 )

Miracle Labo 宛

下記の通り入会申込みをいたします。

申込日            年        月        日

申込者	フリガナ				携帯電話			
	氏名							
	現住所	〒            -			自宅電話			
児童	フリガナ			生年月日 (西暦)		性別		
	氏名			年    月    日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	在籍小学校	小学校    ・    新            年生						
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (            )		出身保育園・幼稚園				
	特記事項							
利用曜日		「曜日」または「スポット利用」にチェック☑をつけてください						
		<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	週    回	<input type="checkbox"/> スポット利用
保護者1	フリガナ			続柄	同居/別居	生年月日 (西暦)		
	氏名							
	メールアドレス				携帯電話			
	就労先事業所	名称				電話番号		
		住所						
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他(            )						
	就労日 就労時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日						
平日		時	分	～	時	分	通勤時間	
土曜		時	分	～	時	分	時間    分	
日祝	時	分	～	時	分			
保護者2	フリガナ			続柄	同居/別居	生年月日 (西暦)		
	氏名							
	メールアドレス				携帯電話			
	就労先事業所	名称				電話番号		
		住所						
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他(            )						
	就労日 就労時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日						
平日		時	分	～	時	分	通勤時間	
土曜		時	分	～	時	分	時間    分	
日祝	時	分	～	時	分			

保護者以外の家族状況	氏名（フリガナ）		続柄	同居/別居	日中の連絡先	
					自宅・携帯等	
					就労・就学先	
	氏名（フリガナ）		続柄	同居/別居	日中の連絡先	
					自宅・携帯等	
					就労・就学先	
	氏名（フリガナ）		続柄	同居/別居	日中の連絡先	
					自宅・携帯等	
					就労・就学先	
	氏名（フリガナ）		続柄	同居/別居	日中の連絡先	
					自宅・携帯等	
					就労・就学先	

健康管理	平熱	℃				
	既往症					
	心身の障がい	有・無				
	日常的な薬の服用等	有・無				
	かかりつけ病院名		診療科	電話番号	住所	

Miracle Laboから自宅までの帰宅ルート

※公共交通機関を利用する場合は、最寄の駅やバス停からMiracle Laboまでの経路で結構です。

※印刷した地図の添付も可能です。

片道 時間 分

# 令和6年度 連絡カード

M i r a c l e L a b o

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日(西暦)	平熱	学年		
児童氏名			年 月 日	℃	年		
現住所				電話			
保護者	フリガナ氏名	続柄	フリガナ氏名	続柄			
	フリガナ名称		フリガナ名称				
	勤務先住所		勤務先住所				
	電話	内線( )	電話	内線( )			
緊急連絡先(確実に繋がる連絡先を優先順でご記入ください)							
位	氏名	続柄	電話	位	氏名	続柄	電話
1				3			
2				4			

※以下の欄は災害時に使用します。何も記入しないでください。

## 防災用児童引き渡しカード

引渡確認	児童本人の承諾(署名)					
	引取者	現住所・電話番号	(住所)	(電話)	-	-
		氏名		続柄		
		勤務先		(勤務先電話)	-	-
	引渡者(支援員)					
	引渡日時		年	月	日	時
備考						



# 令和6年度 食物等アレルギー状況連絡票

( 新規 / 継続 )

記入年月日： 年 月 日

記入者： \_\_\_\_\_

※学校に提出しているアレルギー関係の書類がある場合はコピーを添付して提出してください。

1 児童氏名	生年月日 (西暦)	年 月 日
2 学 校	小学校・新 年生	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3 アレルゲン	食物以外のアレルギー：なし・あり ( )	
4 病院・医師名		
5 エピペン所持 の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください ) ※「あり」の場合は、第4号様式「エピペン緊急時使用依頼書兼同意書」の記入もお願いします。	
6 症 状		
7 発作時の 症状と対応	<u>発作の兆候・見分け方</u>  <u>起こしやすい状況</u>  <u>症状</u>  <u>対応(本人)</u>  <u>支援員の動き</u>	

<p>8 Miracle Labo での対応</p>	<p><u>おやつの提供</u></p> <p>・ Miracle Labo で準備      ・ 保護者で準備</p> <p><u>食べられるおやつ（市販）</u></p> <p><u>食事時の留意点（おやつ・昼食時）</u></p> <p><u>その他の留意点</u></p>
<p>9 その他 確認事項</p>	

# 令和 6 年度 エピペン緊急時使用依頼書兼同意書

( 新規 / 継続 )

Miracle Labo 宛

エピペンの緊急時の使用について、Miracle Labo に依頼します。

## 【緊急連絡先】

フリガナ 児童氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)		
			年	月	日
①		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-
②		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-
③		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-

### 1 エピペンを所持している場所 ( 例：ランドセルの中、その他 )

( )

### 2 児童の使用経験

なし あり (該当する方にチェック☑をつけてください。)

※「あり」の場合

最近の使用年月 年 月

副作用の有無 なし あり ※副作用がある場合その症状を下に記載

### 3 使用に至る原因物質 (アレルギー)

食物アレルギーや昆虫刺傷、医薬品、天然ゴムなど

#### 4 使用に至る症状

初期症状（発作の兆候・見分け方、起こしやすい状況、対応等）

#### 5 特記事項

保護者との間で確認した事項、保護者から特に伝えておきたい事項など

#### 6 処方している病院・主治医

病院名： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_ 診療科名： \_\_\_\_\_

カルテ（ID）番号： \_\_\_\_\_

#### 7 保護者の同意事項

Miracle Labo でのエピペンの取り扱いにあたり、以下について同意いたします。

- (1) 保護者に連絡がつかない場合、支援員の判断で使用すること。
- (2) 副作用が出た場合、異議申し立てをしないこと。
- (3) エピペンの使用について、主治医の診断や指導、Miracle Labo の対応状況の変化等により必要な見直しを行うこと。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

## 個人情報取扱同意書

株式会社パソナフォスターは、弊社の運営する Miracle Labo のご利用に関する皆様及びお子様の個人情報のご登録に際して、皆様の個人情報を取得及び利用させて頂く上で以下の事項を遵守すると共に、個人情報保護に関する法令/規範及び弊社の個人情報保護方針並びに関連する内規を遵守し、適切に利用・管理することをお約束致します。ご確認・同意いただいた場合は、署名・捺印をお願いします。

**利用目的について**

皆様の個人情報は、株式会社パソナフォスターが運営する施設におけるサービスの提供や、保護者様に対する児童の様子のご伝達(通信・ホームページ・SNS または写真販売等、株式会社パソナグループ、並びに株式会社パソナグループの関係会社の総合的なサービスのご提供、およびこれらに準ずる目的にのみ利用させて頂きます。その他の場合においても利用目的を明らかにし、必要最低限の範囲内で取得及び利用しません。個人情報を同意なく上記以外の目的で利用しません。

**取得内容について**

皆様より取得させて頂く個人情報は、保護者及び児童の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、家族構成、緊急連絡先、勤務先、お子様の情報(健康状態、心身の状況等)、写真(児童の施設での様子等)です。

**外部委託について**

弊社が個人情報保護管理体制について一定の水準に達していると認めた委託先に対し、上記業務を目的として利用目的の範囲内で、個人情報を委託させて頂くことがあります。

**第三者提供について**

個人情報の法令に基づく行政機関への個人情報の提出以外の目的で、皆様の個人情報を第三者に提供することがございます。その場合の提供目的及び詳細は以下の通りです。

- ①提供する目的: 本件施設を所管する自治体への業務報告及び助成金の申請の為
- ②提供する個人情報の項目: 利用契約書の写し、住民票の写し、子ども医療証の内容、家庭状況書の写しに記載された個人情報、お子様の本件施設での様子等
- ③提供の手段又は方法: 手渡し若しくは郵送
- ④当該情報の提供を受けるもの又は提供を受けるものの組織の種類および属性: 本件施設を所管する自治体、進学先の小学校、医療機関等
- ⑤個人情報の取扱に関する契約: 有

**個人情報の共同利用について**

当社は、当社及び親会社である株式会社パソナグループ、並びに株式会社パソナグループの関係会社の総合的なサービスのご提供のために、個人情報を以下のとおり共同で利用いたします。共同利用に関する詳細につきましてはウェブサイト「個人情報の共同利用について」(<https://www.pasonafoster.co.jp/privacy.html>)をご確認ください。

**開示等の請求等について**

皆様は、ご自身及びお子様の保有個人データについて利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止、第三者提供記録の開示の請求等を行う権利を保有しています。これらの権利行使については、弊社ホームページ上の「個人情報の取り扱いについて」(<https://www.pasonafoster.co.jp/privacy.html>)に示す手順で弊社にご請求いただくか、下記に記載の個人情報に関するお問い合わせ窓口までお申し出ください。

**個人情報提供の任意性について**

弊社に個人情報を提供頂くことは、皆様の自由意志によるもので、何ら強制するものではありません。ただし、個人情報を提供して頂かない場合には、利用目的に記載されたサービスをご利用できないことをご了承ください。

**要配慮個人情報について**

弊社は、利用目的の達成に必要なサービスを安全にご提供するために、皆様からお子様の情報(健康状態、食物等のアレルギー心身の状況、主治医等)を取得いたします。

**個人情報に関するお問い合わせ窓口について**

個人情報に関する問い合わせ、苦情及び相談等は、下記までお申し出ください。

**連絡先**

〒107-0062 東京都港区南青山 3-1-30  
株式会社パソナフォスター  
個人情報お問合せ窓口担当  
電話番号 03-6734-1280  
メールアドレス [privacy@pasonafoster.co.jp](mailto:privacy@pasonafoster.co.jp)

**当社の名称、住所及び代表者の氏名**

株式会社パソナフォスター  
東京都港区南青山三丁目 1 番 30 号  
代表取締役 長畑 久美子

**個人情報保護管理責任者の職名、所属及び連絡先**

管理部 マネージャー  
連絡先 03-6734-1280

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

®

20230127 改訂



# 令和 6 年度 写真・動画等使用に関する承諾書

Miracle Labo

掲示物・ホームページ等で写真・動画等を使用することが多くなってきておりますので、以下の項目をご確認いただき、写真・動画等の使用についてご回答をお願いいたします。

なお、「使用不可」のお子さまはトリミングやボカシ加工を行います。また、一切公開はしません  
が、撮った写真・動画等については記憶媒体には保存されていることをあらかじめご了承ください。

## 写真・動画等を使用する内容

### 1. 掲示物での写真使用

イベント紹介等の写真入り掲示物を作成します。この掲示物は、Miracle Labo 室内等に掲示するほか、Miracle Labo 保護者会、説明会等で会場に掲示し皆さんにもご覧いただきます。また、お迎え時にご覧いただくことも可能です。

### 2. ホームページ・SNS 等ネット上での写真・動画等使用

Miracle Labo 及び運営会社である株式会社パソナフォスターのホームページや SNS に活動の様子を投稿します。また、イベントの内容によっては各種報道機関の取材を受けることがあります。

### 3. 関係各所配布のおたよりでの写真使用

イベントや活動内容を近隣施設や地域団体、大学配布のおたよりやプリントで子ども達の様子を紹介するときに使用します。おたよりは保護者の他、Miracle Labo 運営にご協力いただいている SoCoLA 武蔵小金井クロスや東京学芸大こども未来研究所など近隣の施設に掲示させていただきます。

### 4. スライドショーでの写真・動画等使用

保護者会や説明会等で活動紹介の際に、子ども達の様子をスライドショーや動画でご覧いただきます。

該当する項目 1 つにチェック☑をつけて、ご署名ください。

すべての項目を許可・承諾します

写真・動画等の使用は不可です

許可する項目は、○のついている番号のみです。⇒ 1 2 3 4

その他 ( )

※「後姿なら OK」「顔が写っていなければ OK」「大人数の中なら OK」等具体的にご記入ください。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

児童氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印